

MARCA DA BOLLO
(se dovuta)

COMUNE DI MALALBERGO
POLIZIA LOCALE
P.ZA CADUTI DELLA RESISTENZA 1
40051 MALALBERGO

OGGETTO: RICHIESTA DI RINNOVO / RILASCIO / DUPLICATO DEL CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI A SERVIZIO DELLE PERSONE INVALIDE.

Il sottoscritto _____

nato a _____ **il** _____

residente a _____ **in** _____

telefono _____ **mail/pec** _____

ai sensi degli artt. 46,47,75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi,

CHIEDO

☐ **per me stesso**

☐ **in nome e per conto di** _____

nato a _____ **il** _____

residente a _____ **in** _____

tel. _____ **mail/pec** _____

DICHIARANDO DI AGIRE IN QUALITA' DI:

☐ **Familiare convivente;**

☐ **Esercente la potestà genitoriale (in caso di minore);**

☐ **Tutore (come da atto di nomina _____);**

☐ **Incaricato dall'interessato (allegare documento d'identità dell'interessato);**

I recapiti mail/pec e cellulare saranno utilizzati per comunicazioni inerenti la richiesta;
In caso di documentazione sanitaria non accoglibile non sarà possibile procedere al rilascio del contrassegno richiesto e verrà inoltrata apposita comunicazione a mezzo raccomandata A/R o a mezzo PEC se l'interessato è in possesso di PEC.
L'inserimento della PEC sul presente modulo equivale ad accettazione dell'inoltro delle comunicazioni a mezzo della stessa. La PEC ha gli stessi effetti giuridici delle comunicazioni a mezzo raccomandata A/R.
In caso di mancato accoglimento le marche da bollo NON saranno rimborsate/restituite.

- ☐ **IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI e a tal fine allego:**
1. 2 Foto formato tessera dell'intestatario del contrassegno;
 2. Fotocopia del documento d'identità;
 3. 2 marche da bollo da 16,00 € (SOLO in caso di contrassegno temporaneo)
 4. Uno tra i seguenti documenti sanitari:
 - A) certificato rilasciato dal settore Medico-Legale della competente Azienda USL riportante parere favorevole al rilascio;
 - B) verbale della Commissione medica INPS o AUSL attestante una delle seguenti condizioni:
 - invalido con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta (art. 381 del D.P.R. 495/92);
 - impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L. 508/88 e/o L. 18/80);
 - invalido con grave limitazione della capacità di deambulazione o affetto da pluriamputazioni (art. 30 c.7 L. 388/2000);
 - cieco assoluto e cieco parziale (L.382/70, L.508/80, L.138/2001);
 - ridotte o impedito capacità motorie permanenti che compromettono la deambulazione (art.8 L.449/97).
- ☐ **IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI NUMERO _____ RILASCIATO IN DATA _____ DAL COMUNE DI _____ e a tal fine allego:**
1. 2 Foto formato tessera dell'intestatario del contrassegno;
 2. Fotocopia del documento d'identità;
 3. 2 marche da bollo da 16,00 € (SOLO in caso di contrassegno temporaneo)
 4. A) in caso di rinnovo di un precedente contrassegno rilasciato con durata di 5 anni:
 - copia del certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio;
 - B) in caso di rinnovo di contrassegno con durata inferiore a 5 anni si procede con un nuovo rilascio (vedere sezione RILASCIO).
- ☐ **IL DUPLICATO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI N° _____ ANNO _____ e a tal fine allego:**
- A) In caso di smarrimento o furto: copia della denuncia presentata ad un organo di P.G.;
 - B) in caso di deterioramento: consegnare il contrassegno da duplicare;

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

AI SENSI DEL REG. UE 679/2016 E DELL'ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003 NONCHÉ DEL D.LGS. 33/2013 SI RENDE NOTO CHE I DATI FORNITI CON LA PRESENTE ISTANZA VERRANNO TRATTATI ESCLUSIVAMENTE PER LA VALUTAZIONE IN MERITO ALLA CONCESSIONE DELL'AUTORIZZAZIONE DEL CONTRASSEGNO, COME DA LEI RICHIESTO. CON LA FIRMA DELLA PRESENTE ISTANZA E PREVIA LETTURA DI QUANTO IN ESSA CONTENUTO LEI PRESTA IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SECONDO LE FINALITÀ E CON LE MODALITÀ SOPRA DESCRITTE.

DATA _____ IL DICHIARANTE _____

**AL COMUNE DI MALALBERGO
POLIZIA LOCALE**

**DELEGA AL RITIRO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI PER IMPEDIMENTO
TEMPORANEO PER RAGIONI CONNESSE ALLO STATO DI SALUTE**

Il sottoscritto _____

Visto l'art. 4 comma 2 del D.P.R. 445/2000 con riferimento alla possibilità di delega, per chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute, al coniuge o, in sua assenza, ai figli o, in mancanza di questi, ad altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado;

Valendomi delle disposizioni di cui agli articoli 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici previsti dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia personale responsabilità

DICHIARO

- ☐ DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE IL CONTRASSEGNO INVALIDI E' STRETTAMENTE PERSONALE, NON POSSO CEDERLO AD ALTRI, NE' ESPORLO IN FOTOCOPIA, L'USO INADEGUATO COMPORTA IL RITIRO DEL DOCUMENTO IN ORIGINALE.
- ☐ DI TROVarmi IN UNA SITUAZIONE DI IMPEDIMENTO TEMPORANEO PER RAGIONI CONNESSE ALLO STATO DI SALUTE E PER TALE MOTIVO

DELEGO AL RITIRO DEL CONTRASSEGNO

il sig./la sig.ra _____

estremi documento d'identità _____

IN QUALITA' DI

- ☐ CONIUGE
- ☐ FIGLIO/A
- ☐ ALTRO/A PARENTE IN LINEA RETTA O COLLATERALE FINO AL 3° GRADO
specificare _____

MI IMPEGNO A FIRMARE IL CONTRASSEGNO SUL RETRO

DATA _____

FIRMA DELEGANTE

**E' OBBLIGATORIO ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITA'
DEL/DELLA DELEGANTE**